FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

N° 232

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jeannine-Fernande FABRE-MOSSE

Née le 11 Janvier 1919, à Paris (13e)

Présentée et soutenue publiquement le

ESSAI DE CLASSIFICATION ET TRAITEMENT DES CALLOSITÉS DE L'AVANT-PIED

Président : Jacques LEVEUF, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1948

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948 N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jeannine-Fernande FABRE-MOSSE

Née le 11 Janvier 1919, à Paris (13e)

Présentée et soutenue publiquement le

ESSAI DE CLASSIFICATION ET TRAITEMENT DES CALLOSITÉS DE L'AVANT-PIED

Président : Jacques LEVEUF, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—

1948

DOYENS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, ROUSSY, BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBERTIN, BALTHAZARD, BASSET, BEZANÇON, BRINDEAU, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, A. COUVELAIRE, DELBET, HARTMANN, HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE, LENORMANT, MARION, MULON, OMBRÉDANNE, ROUSSY, ROUVIÈRE, SANNIÉ, SÉBILEAU, SÉZARY, TANON.

DOYEN ..... BINET.
ASSESSEUR ..... VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-Sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Clinique cardiologique	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	ROBERT DEBRÉ.
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT
Clinique de neuro-chirurgie	CLOVIS VINCENT
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : FABRE-MOSSE.

Prénoms : Jeannine-Fernande.

(éventuellement) :
Nom de jeune fille :

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

FABRE-MOSSE (Jeannine). — Essai de classification et traitement des callosités de l'avant-pied. — *Paris, Lib. Le François*, 1948, in-8°, 58 p.

(*Th. méd. (Et.), Paris 1948.* N°).

FABRE-MOSSE (Jeannine). — Essai de classification et traitement des callosités de l'avant-pied. — *Paris, Lib. Le François*, 1948, in-8°, 58 p.

(*Th. méd. (Et.), Paris 1948.* N°).

FABRE-MOSSE (Jeannine). — Essai de classification et traitement des callosités de l'avant-pied. — *Paris, Lib. Le François*, 1948, in-8°, 58 p.

(*Th. méd. (Et.), Paris 1948.* N°).

FABRE-MOSSE (Jeannine). — Essai de classification et traitement des callosités de l'avant-pied. — *Paris, Lib. Le François*, 1948, in-8°, 58 p.

(*Th. méd. (Et.), Paris 1948.* N°).

PROFESSEURS (*suite*)

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	JUSTIN BESANÇON.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LEMAIRE.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générale	N...
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	RICHET (Ch.).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	LELONG.
Puériculture	DESGREZ (H.).
Radiologie médicale	DECHAUME.
Stomatologie	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (Physique médicale), GAILLARD (Parasitologie), HALPHEN (O. R. L.), JAYLE (M.) (Chimie médicale), Mlle J. LÉVY (Pharmacologie), OLIVIER (Anatomie), PIEDELIEVRE (Médecine légale).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
atomie	CORDIER.
	DELMAS.
atomie pathologique	DELARUE.
	Mlle GAUTHIER-VILLARS
	BONNET.
ctériologie	FASQUELLE.
imie médicale	ETTORI.
	N...
	AMELINE.
	FEVRE.
	FUNCK-BRENTANO
	MENEGAUX.
	PATEL.
	SICARD.
irurgie générale	MERLE D'AUBIGNÉ.
	ROUX.
	PADOVANI.
	LÉGER.
	HUGUIER.
	RUDLER.
stologie	BULLIARD.
drologie	DEBRAY.
giène	BOYER.
	DEPARIS.
ladies mentales	BARUK.
	DE SÉZE.
	BARIETY.
	BOULIN.
decine générale	BROUET.
	CACHERA.
	COSTE.
	KOURILSKY.
	MAURIC.
	DECOURT.
	LAMY.
	HAMBURGER.
	DREYFUS (G.).
	FAUVERT.
Médecine générale	GARCIN.
	DE GENNES.
	HAGUENEAU.
	LENEGRE.
	MARCHAL.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	SOULIE.
Médecine légale	DESOILLE.
	DIGONNET.
Obstétrique	LACOMME.
	SUREAU.
	VARANGOT.
Ophtalmologie	RENARD.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT (L.).
Parasitologie coloniale	N...
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pharmacologie	CHEYMOL.
	N...
Physiologie	BARGETON.
	PARROT.
Physique médicale	N...
Thérapeutique	TURPIN.
Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (Chirurgie générale), HUGUENIN (Anatomie pathologique), LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT.

	MM.
Clinique chirurgicale	GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES
Clinique obstétricale	ECALLE.
Clinique O. R. L.	HALPHEN.
Clinique médicale	CHEVALLIER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	M.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

	MM.
Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	MMlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PÈRE

LE DOCTEUR SYLVAIN MOSSÉ

Qui a été mon guide pendant mes années d'études.

MEIS ET AMICIS

AU PROFESSEUR JACQUES LEVEUF

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
de l'Hôpital des Enfants Malades

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

« *De minimum non curat pretor* ».

Si les cors et les durillons des pieds constituent une affection très fréquente, si fréquente même que personne — ou presque personne — n'en est exempt, leur traitement est mal connu parce qu'il n'a jamais été abordé d'une manière rationnelle et scientifique. La phrase bien conue de Sydenham reste toujours vraie : « Si quelqu'un employait toute sa vie à découvrir un spécifique pour les cors, il mériterait bien de la postérité et aurait suffisamment servi le genre humain ».

Or aujourd'hui, on peut INDISCUTABLEMENT guérir bien et définitivement d'un cor au pied : il suffit de le vouloir.

Depuis de nombreuses années, j'ai assisté mon père, le Docteur Sylvain MOSSÉ, dans de multiples interventions et j'ai constaté la valeur de ses résultats. C'est pour ces raisons que j'ai moi-même serré la question de plus près et essayé de définir et de clas-

ser ces lésions si communes et pourtant si peu étudiées que sont les cors et les durillons des pieds.

Les cors et les durillons sont des infirmités parfois pénibles mais qui ne mettent jamais la vie en danger. Le chirurgien consulté proposera en souriant d'amputer l'orteil douloureux (procédé d'ailleurs détestable), le médecin trouvra même pas matière à faire une ordonnance. Tous deux conseilleront d'avoir recours au pédicure. Celui-ci est souvent un habile ouvrier, mais il manque d'une éducation solide, il est rempli de préjugés. Il explique avec beaucoup de détails que le cor, tel un arbre, pousse en tous sens des racines : tantôt, prudent, il gratte à peine la couche cornée dont il n'enlève qu'une mince pellicule, tantôt trop audacieux, il arrive jusqu'au derme et provoque une hémorragie ; l'artériole ouverte avec un grattoir non stérilisé, voilà une excellente porte d'entrée pour une infection dont on ne pourra prévoir le développement.

Non pas que nous voulions méconnaître son rôle : un pédicure consciencieux doit être, à notre sens, un auxiliaire précieux pour le podologiste. Il peut, dans les cas bénins, soulager le malade en grattant la partie superficielle d'une callosité, s'occuper du soin des ongles, donner quelques conseils judicieux sur les chaussures, et, en somme, rendre de grands services.

Pour nous, le pédicure est au podologiste ce que la sage-femme est au gynécologue-obstétricien, l'opticien à l'ophtalmologiste, l'infirmière au médecin, c'est en somme, pour employer le terme de la Sécurité Sociale, un bon auxiliaire médical, mais dès qu'il

veut s'occuper de la *guérison définitive* d'un cor, du traitement d'une verrue plantaire, de l'extirpation d'un œil de perdrix, il fait un métier pour lequel il n'est pas préparé. Il peut devenir nuisible et parfois dangereux.

Nous sommes étonnés qu'une maladie si répandue ait été négligée et si mal étudiée alors que tant de savants se penchent volontiers sur des affections que l'on ne rencontre presque jamais.

Nous sommes persuadés que l'on ne devrait plus souffrir des pieds, si on traitait les cors et les durillons d'une manière judicieuse. C'est ce que nous nous efforcerons de démontrer sortant des ornières de la routine nous avons essayé de définir ce que sont cors et durillons, de voir les différences qu'il y a entre eux. Les sujets ne manquent pas et l'expérimentation peut être fructueuse. Aussi le traitement est-il difficile à préciser suivant les cas qui se présentent. Les cors et les durillons étant provoqués par les chaussures, il ne suffit pas de dire aux malades d'aller nus-pieds pour ne plus souffrir. Nous pensons que les chaussures sont indispensables et qu'il y a mieux à faire pour guérir une si désagréable infirmité que de les supprimer car le remède souvent serait pire que le mal.

Nous décrirons les divers traitements que l'on peut utiliser pour guérir les cors et durillons, nous pensons qu'il faut examiner cette question sérieusement et scientifiquement, elle a souvent une très grande importance dans la société. Un ouvrier, une ouvrière qui souffrent des pieds font moins bien leur travail,

un soldat ne fera pas une longue marche et s'arrêtera au bord du fossé. Les cors et les durillons douloureux influent sur le caractère. Un sujet qui souffre des pieds devient acariâre et sa mauvaise humeur est une source de discordes, une femme qui présente des déformations douloureuses, qui ne peut montrer ses pieds sur une plage, devient facilement neurasthénique.

Les maladies des pieds si fréquentes, si répandues peuvent avoir une répercussion sociale qu'on aurait tort de négliger.

Ce n'est pas d'hier qu'un cor peut modifier le caractère et Montaigne disait, il y a longtemps « si j'ai un cor qui me presse l'orteil, me voila mal plaisant, renfrogné et inaccessible ».

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Il est bien difficile de se documenter : les maladies des pieds n'ont jamais fait naître de travaux sensationnels.

Pourtant le cor est connu depuis la plus haute antiquité, grecs et latins en souffrirent.

Alibert qui l'appelle « tylosis calleux, bulbeux ou gompheux », nous dit que les « Romains le considéraient comme une maladie grave, dédaignant les esclaves qui en étaient atteints. Dans la Rome civilisée, les esclaves n'avaient pas droit aux chaussures et devaient marcher pieds nus et poudreux, d'où le qualificatif de « gypsati » que Tibulle rappelle dans une élégie.

« Regnum ipse tenet quem cœgit
Barbara gypsatos fevre cretata pedes ».

Pline rapporte que le poète Silvius voulut se laisser mourir de faim à cause des douleurs intolérables que lui suscitaient ses cors aux pieds.

Au XVI[e] siècle, on vit l'avènement d'une nouvelle forme de chaussures, pratiques et confortables, larges, aérées qui furent portées sous François I[er], Hen-

ri II et François II. Rabelais nous les décrit « deschiquetées mignonnement par lignes parallèles jointes en cylindres uni formes », mais cette mode des chaussures dites « fenestrali » fut vite abandonnée.

En 1652, Ambroise Paré dans son VII[e] livre « Des tumeurs en général » nous parle au chapitre XXIII du *Claïas* : « Le clou, nommé des vulgaires cors, est un durillon qui vient aux jointures des orteils et sous la plante des pieds, ayant sa racine dure, ancrée et fichée profondément, comme s'il naissait du périoste des os. Ils causent une douleur piquante comme si on était piqué d'une pointe de clou, lorsqu'on chemine ou presse dessus. *La cause vient pour avoir porté des souliers trop étroits* ou avoir cheminé longtemps à pieds ». Au XVII[e] siècle, la chaussure est fine, longue, étroite, et sert l'élégance plus que le confort. Aussi Voiture disait-il des cordonniers que leur nom était une corruption de « cor donneurs ».

En 1769, Rousselot, chirurgien de Monseigneur le Dauphin, des Princes et de Mesdames, s'élève le premier contre le dédain professé par ses confrères pour les maladies des orteils. Il revendique l'honneur de soigner les pieds et on l'appelle « guérisseur des cors ».

Laforest, son élève, qui fut attaché à la personne de Monsieur, frère du roi, puis plus tard à celle de Louis XVI, fut le premier chirurgien pédicure et en 1782, il fit paraître un livre intitulé « L'art de soigner les pieds ». Il avait compris l'importance des pieds chez les soldats en campagne et, dans une lettre adressée à Messieurs les colonels de Cavalerie et d'Infan-

terie, il avait proposé d'instruire de futurs pédicures qui, dans chaque unité, pourraient soulager les hommes en appliquant ses méthodes.

Puis nous ne trouvons que très peu d'ouvrages se rapportant aux cors et durillons

De nombreux auteurs les étudient dans des traités de Dermatologie, tels Rayer en 1835, Beaumes de Lyon en 1892, Berlioz en 1897, et Dubreille en 1898 et en 1900.

En 1853, Chaissaigne fait une communication dans le bulletin de la Société de chirurgie sur « quelques difformités des orteils déterminées par les chaussures » et en 1869, Legée fait une thèse sur le même sujet.

C'est seulement en 1909 que nous trouvons une thèse de Fabregat entièrement consacrée aux cors. Pour lui, le cor est un durillon avec un clou corné biconvexe. C'est une hyperkératose présentant une métaplasie cornée totale de l'épithélium. Il ne dépend pas toujours de la chaussure, d'après Fabregat.

Puis nous avons de nouveau de nombreux traités de Dermatologie avec un chapitre consacré aux cors, tels le précis de Darier en 1928, celui de Burnier.

Mentionnons aussi les articles de Jean Meyer dans le journal de médecine et de chirurgie pratique, numéro du 10 février 1936, ceux de Milliam dans la « Nouvelle pratique Dermatologique », et quelques brochures et articles de Wallet.

Enfin en 1945, Toubert dans une communication à la Société de Médecine Militaire Française, rappelle le rôle important de la podologie dans l'armée. « On

peut admettre, dit-il, qu'en périodes pénibles, 20 à 25 % de l'effectif est immobilisé temporairement par des lésions aux pieds superficielles ou profondes ». Il souhaite la création d'un service de podologie chirurgicale destiné à réaliser des interventions telles que incisions, résections et arthroplasties.

A l'étranger aussi, quelques médecins s'intéressaient à la question des callosités de l'avant-pied.

En Allemagne, pays des soldats par excellence, les médecins militaires recherchaient les meilleurs traitements, de façon à augmenter le rendement des soldats. Mentionnons seulement un article de Sclasier en 1907, sur l'Histologie du cor, et un livre d'Oberkopf en 1931, intitulé « Histologie und Histogenèse des clawus ».

De même en Angleterre, en 1884, Hentz cherchait des « compositions pour enlever les cors ». Mentionnons encore en 1901 quelques observations de Freeland sur la pathologie et le traitement des corps, et en 1915, un livre assez important de Roth intitulé « The treatment of corns ».

Aux Etats-Unis, forts de l'expérience acquise pendant la guerre, W. L. Mann et S. A. Folson écrivirent en 1920 « A Manuel on footcare and shoe fitting for officiers of the U. S. Navy and U. S. marine-corps ».

Nous voyons donc qu'en France aussi bien qu'à l'étranger, seuls les médecins militaires se sont un peu intéressés à ce problème et qu'ils ne nous semblent pas avoir apporté beaucoup d'éléments nouveaux.

Si les callosités de l'avant-pied sont connues depuis la plus haute antiquité, nous pouvons dire qu'elles

ont toujours été négligées par les médecins et que nous pensons, étant donné leur imporance sociale, qu'elles méritent d'être étudiées sérieusement et scientifiquement.

C'est ce que dans les limites restreintes de notre sujet, nous avons essayé de faire.

CHAPITRE III

ESSAI de CLASSIFICATION des DURILLONS et des CORS

Dans la pratique courante, on confond trop souvent les cors et les durillons. Il ne paraît y avoir entre eux aucune limite précise. On sait seulement que ce sont des affectations peu graves, en général, mais fréquemment gênantes et parfois très douloureuses. Or, si l'on veut les traiter efficacement, il est essentiel de connaître exactement ce qu'il faut entendre par cor et par durillon.

Littré, Larousse, nous apprennent qu'un durillon est une « callosité qui se produit aux pieds et aux mains par le durcissement accidentel de la peau ». Pour eux, le cor est « un épaississement de l'épiderme des orteils dû à un frottement prolongé ». Tout cela est bien vague et différencie mal l'un de l'autre.

En réalité, le durillon est un épaississement de l'épiderme au point même qui subit un frottement prolongé, continu ou intermittent. C'est un moyen de défense de l'organisme. La peau irritée s'enflamme d'abord, se gonfle ensuite, les cellules épidermiques prolifèrent et s'épaississent. Fait très important, le du-

rillon peut siéger en n'importe quel point irrité : il peut siéger au pied, sur la face dorsale, très rarement, sur les bords, externe ou interne quelquefois, aussi sur le bord postérieur, au niveau de la saillie du calcanéum, si l'on porte des chaussures à contrefort rigide, mais le plus souvent il siège sur la face plantaire, aux points d'appui du trépied classique, en arrière au talon, en avant et en dehors, sous la partie antérieure du V^e^ métatarsien, en avant et en devant, sous la tête du 1^er^ métatarsien, coiffé des deux sésamoïdes, on en rencontre aussi en d'autres points, quand la marche est gênée ou défectueuse à cause des pieds plats. Chez ceux qui marchent souvent sans chaussures, l'épiderme s'épaissit jusqu'à former non un véritable durillon, mais une sorte de semelle naturelle et protectrice. Mais, nous l'avons dit, le durillon peut siéger en n'importe quel endroit de la peau qui subit une quelconque irritation, au genou chez les frotteurs, aux fesses chez les cavaliers, aux mains chez les travailleurs manuels, chez le cultivateur qui manie la bêche, chez le forgeron qui se sert du marteau sans arrêt, chez le pêcheur qui utilise l'aviron, etc...

Que le frottement cesse, le durillon disparaît, on le voit bien, après une longue maladie obligeant à un repos forcé : sur tous les points anciens de frottement, l'épiderme épaissi, s'écaille et tombe, et au dessous aparaît une peau rose, saine et normale. On dit alors que, partiellement du moins, le malade « fait peau neuve ».

Qu'il siège aux pieds ou ailleurs, le durillon peut

reposer indifféremment sur une masse musculaire, tendineuse ou osseuse, mais plate et étalée, telle que la rotule ou le calcanéum.

Qu'est-ce qu'un cor ?

Le cor est dû non seulement au frottement mais encore à la compression prolongée. C'est une callosité spéciale, formée de lamelles épidermiques concentriques, reposant *toujours* sur une saillie osseuse plus ou moins marquée. Toujours également entre la callosité et la saillie osseuse, le tissu cellulaire s'organise en une véritable bourse séreuse qui sera le siège, si la compression et le frottement persistent, de phénomènes le plus souvent inflammatoires, parfois infectieux et suppurés. En somme le cor se compose de trois éléments distincts :

1°) un élément superficiel épidermique = callosité ;

2°) un élément profond osseux, par exemple tête articulaire d'une phalange ;

3°) un élément intermédiaire, tissu conjonctif se transformant en une bourse séreuse plus ou moins enflammée.

Pourtant, au début, nous acceptons volontiers que le cor comme un durillon c'est un simple épaississement de la peau.

Nous avons pu saisir ce stade chez de jeunes sujets de 12 à 14 ans qui avaient souffert de chaussures mal adaptées.

A cette période, en effet, on constate seulement un petit épaississement de la peau, une très légère hyperkératose non différenciée, siègeant au niveau de la

tête d'une phalange. Il suffit alors de faire cesser le frottement en changeant les chaussures pour voir s'atténuer la callosité et, au bout de quelques temps, la peau redevient normale.

Malheureusement, à ce stade, les douleurs ne sont que légères et, si on n'intervient pas, le cor va s'organiser. Le pied serré dans une chaussure trop étroite va subir une compression de plus en plus marquée. Les orteils, tassés dans le bout pointu et rigide de la chaussure, se fléchissent par raccourcissement des tendons fléchisseurs et allongement simultané des tendons extenseurs, et, ainsi recroquevillés, ils prennent cette forme « en marteau » qu'il vaudrait mieux appeler en crochet à concavité inférieure.

Plus l'orteil est fléchi, plus la tête de la phalange est saillante, plus aussi elle est comprimée.

Ce banal durillon va devenir un cor, formé d'une série de lamelles concentriques dont le centre est constitué par ce qu'on appelle très improprement la pointe ou la racine. Il suffit d'avoir pratiqué quelques interventions pour savoir qu'il n'y a ni pointes, ni racines ; ce qui va devenir le siège de phénomènes inflammatoires douloureux, c'est la bourse séreuse due à la compression et aux frottements répétés.

Le tissu cellulaire situé entre la tête de la phalange et la callosité superficielle s'enflamme, s'oedématie et peut sécréter une véritable sérosité, comme dans une bourse séreuse kystique, soit, s'il y a infection, devenir purulente.

A l'inverse des durillons, les cors ne siègent pas n'importe où. Ils ont au contraire une place très caractéristique.

D'abord, et le plus souvent, le cor siège sur le V^e^ orteil, car c'est là que la compression de la chaussure se manifeste de la façon la plus intense et plus exactement à l'union de la 1^re^ et de la 2^e^ phalange. Le cor du V^e^ à l'union de la 2^e^ et de la 3^e^ phalange est exceptionnel. Ensuite le siège le plus fréquent est le II^e^ orteil soit à l'union de la 1^re^ et de la 2^e^ phalange, soit aussi de la 2^e^ et de la 3^e^. Le II^e^ orteil est souvent recourbé en crochet (orteil dit « en marteau ») car c'est l'orteil le plus long et il n'arrive pas à se loger dans une chaussure anatomiquement mal adaptée.

Les corps des III^e^ et IV^e^ orteils, pour être moins fréquents, se rencontrent cependant, soit au niveau de la 1^re^ articulation phalangienne, soit au niveau de la 2^e^.

Enfin il existe une variété de cors appelés *cors pulpaires* parce qu'ils siègent sur la face pulpaire des orteils. Ils sont formés par une callosité épaissie, une petite bourse séreuse à peine différenciée et le substratum osseux est constitué par la pointe saillante de la 3^e^ phalange.

Chez certains sujets, notamment chez ceux qui présentent un pied creux avec des points d'appui précis et toujours les mêmes, on constate souvent une lésion intermédiaire entre le cor et le durillon et que Mossé appelle le « *corillon* ».

Le *Corillon* n'est pas un durillon puisqu'il repose sur un plan osseux saillant, ce n'est pas non plus un cor, car l'hyperkératose n'est plus formée de lamelles concentriques. Enfin, la bourse séreuse située entre l'os et la callosité est constituée par une poche blan-

châtre, épaisse avec des cloisonnements tendineux qui la brident ; elle contient un liquide parfois très abondant, qu'on retrouve dans l'hygroma du genou ou du coude. Dérivé lui aussi du durillon, le corillon est une formation intermédiaire entre le durillon et le cor d'où son nom.

Le corillon a deux points d'élection sur la face plantaire : d'abord au niveau de la tête du 1er métatarsien, le plan osseux étant souvent représenté par le sésamoïde externe, parfois déformé, enflammé et atteint de sésamoïdite ; ensuite au niveau de la tête du V^{e} métatarsien où le plan osseux est constitué par la saillie de la tête, la 1re phalange étant toujours plus ou moins sub-luxée.

On peut aussi rencontrer des corillons chez les personnes qui ont les pieds plats, avec une voûte antérieure formant une surface arrondie, à concavité supérieure, et chez lesquelles les 1res phalanges des orteils sont aussi sub-luxées.

Nous n'avons fait entrer dans cette classification ni l'hallux varus, ni l'hallus valgus qui mériteraient par leur importance une étude spéciale.

L'hallux valgus, notamment, dénomination impropre et qui serait avantageusement remplacée par le terme de « maladie de la tête du 1er métatarsien », est une affection à pathogénie bien spéciale et qui ne peut être considéré ni comme un durillon ni comme un cor, ni comme un corillon.

Le déjettement du gros orteil en dehors n'est que le symptôme le plus visible de cette maladie et les chaussures étroites n'expliquent pas la déformation

de la tête et les saillies osseuses qui s'y développent. Disons seulement que, par sa partie supéro-interne, qu'on appelle vulgairement « oignon » la saillie du 1er métatarsien présente une bourse séreuse mince, contenant souvent du liquide et que la callosité est habituellement peu marquée.

Au contraire, par sa partie inféro-interne, qui répond au point d'appui plantaire, l'hallux valgus s'apparente tout à fait à un corillon avec bourse séreuse blanche et épaisse.

Pour nous limiter, nous avons éliminé aussi du cadre de notre étude l'œil-de-perdrix, lésion mal connue, mal définie, dans la constitution de laquelle la macération et la transpiration prennent une grande part.

En résumé, nous rejetons les définitions obscures et inprécises des cors et des durillons, et nous avons essayé de classer ces affections en trois groupes bien définis par leur anatomie, leur pathogénie et leur siège.

Dans tous les cas, la lésion initiale est un durillon banal qui suivant le siège pourra se transformer et devenir une formation plus complexe, soit un cor, à la face dorsale des phalanges, soit un corillon à la face plantaire de l'avant-pied.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT des CORS et des DURILLONS

Les malades qui viennent réclamer des soins ont fait depuis longtemps le diagnostic de leur affection. Cela ne veut pas dire que ce diagnostic soit toujours exact.

Il y a deux erreurs qu'il faut éviter : il ne faut pas confondre le cor avec l'engelure ou la verrue plantaire.

L'engelure ressemble très souvent à un cor enflammé et l'erreur est d'autant plus facile qu'elle siège volontiers au niveau d'une articulation phalango-phalangienne. Il faudra donc penser à l'engelure dans la période hivernale et quand on nous dira que l'inflammation est récente.

De plus, l'ablation de la chaussure calme peu les douleurs et le gonflement violacé est plus étendu, enfin il y a souvent des engelures ailleurs, notamment aux mains.

Quant à la verrue plantaire, l'erreur n'est possible que si elle est recouverte et masquée par un épaississement corné superficiel. Il suffira donc d'abraser la callosité pour voir apparaître la verrue plantaire, si

caractéristique à la loupe, qu'il faut alors de la bonne volonté pour se tromper.

Les cors, durillons, corillons ayant été définis, classés et diagnostiqués, nous en arrivons au traitement qui est la partie essentielle de notre étude.

Peut-on guérir les cors aux pieds, peut-on apporter un soulagement réel, efficace, à la multitude des gens qui en souffrent ?

Existe-t-il, ce fameux remède spécifique dont parle Sydenham, qui apportera la gloire à celui qui l'aura découvert ? ou plus modestement, la chirurgie peut-elle supprimer les cors, les douleurs qui les accompagnent, et redonner le goût de la marche à ceux qui l'avaient perdu ?

C'est ce que nous allons examiner, et nous distinguerons :

1°) les traitements anciens ;

2°) les traitements modernes.

1°) Traitements anciens :

Les traitements anciens étaient des traitements empiriques, des recettes que les générations se transmettaient, abandonnant les unes pour d'autres plus nouvelles, vite délaissées aussi. Parmi ces nombreuses méthodes, Avicenne conseille de « déssécher par degré le cor avec un morceau de bois enflammé qu'on approchera du mal le plus qu'on pourra : il faut réitérer cette opération jusqu'à ce que le cor soit emporté et appliquer ensuite du beurre cuit pour achever de déssécher la racine du cor ».

Pour Ambroise Paré « il faut couper jusques au sang et pour faire mourir leur racine on y appliquera de l'huile de vitriol ou de l'eau forte. On fera essay premièrement en y appliquant des aulx pillez dessus, ou de la gomme ammoniac dissoulte dans eau-de-vie. Si elles retournent après estre guaries, on fera le remède comme devant. Nota qu'au milieu il se trouve une petite dureté noire, il faut plonger une pointe d'aiguille assez profonde et la lever en haut et la couper, car c'est la racine du dit Cal ».

Jean Fernel, son contemporain, préconisait les remèdes suivants « cendres d'écorce de saule mêlées à du vinaigre servant en onctions. Fiente de mouton avec du miel, du vinaigre et vieille urine en apposition sur les pointes d'abord scarifiées » ou encore « de la rouille ou de l'eau découlant des sarments de vigne. Racine de renoncule broyée et placée sur le mal. Tête de lézard écrasée placée sur les points malades. Chicorée vulgaire en salade ou sa semence dont on prend au coucher quatre drachmes par jour ».

Voici encore une formule d'onguent donnée par Helvétius :

une demi-once d'antimoine cru pulvérisé ;
deux drachmes de mercure doux ;
six grains de sublimé corrosif.

« Broyer le tout pendant lontgemps sur le porphyre et l'incorporez exactement avec l'huile d'œuf, pour en faire un onguent de moyenne consistance ».

Un peu plus tard, Chauliac nous propose ce moyen très énergique et certainement fort peu agréable « ap-

pliquer un fer rouge ou un emplâtre au milieu duquel sera percé un trou de la grandeur du cor, et verser une goutte de soufre brûlant qu'on laisse étendre sur la partie du cor, après quoi, le frotter avec du cérat et prendre du repos ».

Plus près de nous, au XVII[e] siècle, LAFOREST envisage la cure palliative : « la cure palliative consiste à emporter et extraire, autant qu'il est possible, le cal des cors, avec un instrument tranchant, car il est certain que les cors se reproduisent des racines du cal que l'on n'a pu extraire ».

« Un autre moyen, mais qui ne réussit pas sur toutes les peaux, est de prendre un morceau de buffle de la grandeur d'une pièce de 12 sols, de faire percer au milieu, avec un emporte-pièce un trou de la largeur du cor, de le poser dessus, et de serrer par degré avec une petite bande. Par ce moyen, on empêche le serrement direct sur le cor qui se trouve logé dans le trou, les circulations se trouvent arrêtées de loin, et empêchent la végétation du cor qui périt insensiblement... » Il remarque aussi que « s'il existe au-dessous du cor une espèce de kyste rempli d'eau, il faut lui donner issue ».

Si nous avons tant insisté sur les divers traitements que l'on a opposé aux cors et durillons, ce n'est pas uniquement pour montrer leur inutilité ou leur malfaisance.

Il est vraiment surprenant que, même de nos jours tant de préjugés tiennent encore bon à propos de ces maladies. N'entendons-nous pas tous les jours dire que la pellicule cornée est douloureuse alors qu'elle

ne contient pas de terminaisons nerveuses et qu'on la coupe au bistouri ou au rasoir sans provoquer le moindre mal. Ne dit-on pas aussi qu'il est grave de faire saigner un cor, alors que si l'on a soin d'opérer dans de bonnes conditions d'antisepsie, de se servir d'instruments stérilisés, de mettre de la teinture d'iode sur la peau, l'hémorragie est insignifiante et sans aucune gravité. Ne parle-t-on pas d'extirper la racine du cor, cette racine qu'on imagine aux mille tentacules qui enserrent les tissus et provoquent ces douleurs intolérables que tant de gens supportent avec peine.

Tous ces préjugés témoignent que longtemps le traitement des cors a été l'apanage d'ignorants ou de charlatans et n'a pas été envisagé avec un véritable esprit scientifique.

2°) Traitements modernes :

Nous nous proposons d'étudier successivement :

a) le traitement préventif ;

b) le traitement palliatif ;

c) le traitement curatif.

a) *Traitement préventif.* — Il y a longtemps, Laforest disait déjà : « pour la guérison radicale, les premiers moyens que je donnerais seraient de porter des chaussures ouvertes par dessus et après guérison de ne plus gêner la circulation ».

« Je puis affirmer que si l'on ne portait point de chaussures, il ne faudrait ni chirurgien, ni charlatan, ni emplâtre, ni onguent : ils se guériraient seuls ».

Les chaussures, trop larges ou surtout trop étroites,

étant à la base de l'immense majorié des cors aux pieds, il est évident que si l'on ne portait point de chaussures, les cors ne se formeraient jamais et la question du traitement serait résolue.

Mais la chaussure est une nécessité et il est bien difficile de s'en passer. C'est tellement vrai, que, dans la société, les chaussures sont un signe d'aisance, de richesse, elles classent les individus et on sait bien que les pauvres diables vont pieds nus. La chaussure protège le pied contre le froid, contre l'humidité, elle lui évite les meurtrissures de la route, les silex, les épines, les clous, le verre qui peuvent blesser le pied et provoquer une infection parfois très grave. L'éloge de la chaussure n'est donc plus à faire, et les longues files d'attente aux mairies, pendant l'occupation pour obtenir un bon « usage -ville », démontrent assez leur nécessité.

Et pourtant ces chaussures qui sont indispensables causent des déformations, des affections tellement douloureuses que, lorsqu'un malade vient nous consulter pour une de ces lésion si pénibles à supporter, notre premier conseil est « ne marchez pas » et le second « enlevez vos chaussures » ou « si vous êtes obligé de marcher, découpez votre soulier au point douloureux pour éviter le frottement et la compression ». Pourquoi y a-t-il tant de mauvaises chaussures, si bien qu'on peut dire que la mauvaise chaussure est la règle, la bonne l'exception ?

Les raisons sont multiples ; elles tiennent :

1) aux nécessités de la vie ;

2) au marchand de chaussures ;

3) au bottier ;
4) au public.

1°) *Les nécessités de la vie* font qu'on ne peut pas toujours se payer des chaussures de qualité. Les sabots si fréquents et si utiles à la campagne ne peuvent représenter des chaussures servant à une marche prolongée et régulière. A la longue ils font beaucoup de mal aux pieds.

De même, les chaussures à semelles de bois imposées pendant la guerre par le manque de cuir sont des chaussures détestables. Elles s'opposent par leur rigidité à la souplesse anatomique des os des pieds, articulés les uns avec les autres ; elles donnent une démarche spéciale qui, peu à peu, cause des troubles non seulement des pieds, mais des hanches et de tout l'organisme ;

2°) *Le marchand de chaussures* est un commerçant qui cherche à vendre les marchandises qu'il a dans son magasin, le reste ne l'intéresse pas. Il jongle avec des numéros variables suivant les fabriques, mais cherche toujours, quelque soit la pointure demandée, à écouler son stock.

Les chaussures neuves de confection sont rigides, sans un pli pour que la présentation soit meilleure. Alors que nous savons tous que le pied s'allonge pendant la marche, le client essaye sa chaussure assis. S'il se lève et se plaint d'être un peu serré, le vendeur dit en souriant « ça se fera, il faut briser le contrefort ». En réalité, ce qui sera brisé, c'est le pied qui, martyrisé dans ce soulier étroit, avec une circulation

diminuée, une transpiration accentuée, ne tardera pas à demander grâce par les douleurs intolérables qu'il provoquera chez le trop naïf acheteur.

3) *Le bottier* fait sur mesure. Il semble donc,qu'il doive réussir des chaussures bien adaptées. Hélas ! il doit penser à sa réputation et faire de petits souliers dans lesquels rentreront avec peine de grands pieds. Et on voit vite que le problème est insoluble — ou du moins qu'on n'arrive à le résoudre qu'au détriment du pied.

4) *Le public,* enfin, et il faut bien le dire, l'élément féminin surtout, exige des chaussures fines, à la mode, avec talon plus ou moins haut. Les chaussures commodes paraissent vulgaires, les chaussures confortables ne sont pas assez « habillées ». Entre la santé du pied et une chaussure élégante, une femme n'hésite jamais et sacrifie son pied à sa coquetterie.

Nous raillons souvent les Chinoises qui, par des opérations douloureuses ou des artifices meurtriers déforment leurs pieds pour les rendre plus petits. Mais quand on compare les pieds d'un jeune enfant, si ronds, si dodus, si jolis, aux pieds monstrueusement déformés de certains sujets qui ont été mal chaussés et ont voulu « faire rentrer un grand contenu dans un petit contenant », quand on voit ces pieds quevillent, où parfois le V^{e} orteil touche le I^{er}, on ne quevillent , ou parfois le V^{e} orteil touche le I^{er}, on ne peut qu'être surpris de cet étrange mépris des règles élémentaires du confort, de l'hygiène et de la santé.

Il est enfin paradoxal que la coquetterie ou le désir de plaire aboutisse à un résultat aussi affreux.

Et on ne saurait trop insister sur les répercussions lointaines que peuvent avoir des cors en apparence bénins. On connaît depuis longemps les troubles que peuvent engendrer le port des talons hauts. On sait que ces troubles peuvent porter aussi bien sur la statique que sur les déformations de la colonne vertébrale. On a même constaté des troubles abdominaux et il y a des ptosiques et des dyspeptiques qui guérissent si on modifie la forme de leurs souliers. On ne doit pas ignorer non plus les modifications du caractère, et parfois certains individus renfrognés, solitaires, acariâtres, sont simplement des gens qui souffrent des pieds.

Si l'on veut donc éviter les déformations des pieds *il faut d'abord être bien chaussé :* la première qualité d'une chaussure est d'aller au pied. Il faut avoir « chaussure à son pied » comme dit le proverbe. Elle ne doit être ni trop large, ni trop étroite, bien que les ravages causés par une chaussure étroite soient incomparablement plus graves que ceux causés par une chaussure large.

La mode est aux souliers bas et on délaisse les bottines. Il est difficile de lutter contre cette mode. Pour ceux qui ont de bons ligaments, cela n'a pas d'importance. Mais la laxité ligamentaire est fréquente et si l'articulation tibio-tarsienne n'est plus bien maintenue, le pied se dévie en valgus et les déformations consécutives peuvent être sérieuses.

Une chaussure doit être souple, même quand elle est neuve. Il vaut mieux quelques plis au soulier qu'une callosité au pied... L'argument du bottier « il faut la briser » aboutit à des lésions qu'on peut éviter.

Une chaussure ne devrait jamais être faite à l'avance ; les pieds ne se ressemblent jamais, il y en a de courts, de longs, de larges, de cambrés, etc... Le pied droit et le pied gauche d'un même individu présentent parfois des dimensions ou des formes très différentes. La semelle de bois est à rejeter absolument pour la chaussure ; le cuir est excellent, s'il n'est pas trop dur comme le box-calf ; le chevreau présente par sa souplesse d'énormes avantages, mais il s'use rapidement. Le daim, très souple, a l'inconvénient d'échauffer vite le pied. Les divers tissus employés ne peuvent servir que pour les fantaisies, car peu solides.

Le caoutchouc qui a le gros avantage d'être à la fois solide et imperméable, ne doit pas être employé de façon constante car il favorise la macération des tissus, les excoriations et les infections consécutives.

Il ne faut jamais essayer une chaussure en restant assis. Il faut marcher pour voir si le pied en s'allongeant est toujours à l'aise.

La chaussure doit avoir un talon, car celui-ci favorise l'amortissement du bourrelet calcanéen. Mais ce talon doit être peu élevé et large.

La forme d'une chaussure doit être rationnelle, elle doit engainer le pied sans l'étrangler. Pendant la marche le pied s'étale en éventail avec 3 points d'appui, un point postérieur, talonnier, un antéro-externe répondant à la tête du Ier métatarsien, un antéro-interne répondant à la tête du V e métatarsien. Il faut tenir compte de ces considérations anatomiques si l'on ne veut pas aboutir à des désastres : pieds déformés et douloureux.

De plus la chaussure ne doit pas provoquer une dé-

marche vicieuse : les chaussures dites « compensées » sont un non-sens — il suffisait de voir la démarche titubante et mal assurée des femmes pour s'en rendre compte.

Il faut avoir plusieurs paires de souliers de formes et de qualités différentes, chaussures de sport et de ville, chaussures d'hiver et d'été, chaussures de soleil et de pluie. Il faut changer souvent, surtout dès que l'on sent un point de pression ou de frottement un peu sensible. Si on modifie les points de friction en changeant de souliers, on évitera la formation d'un hyperkératose et ses complications.

Enfin la chaussure doit servir essentiellement à la marche : dès qu'on est au repos, il est préférable de laisser le pied respirer, s'aérer, de lui permettre de faire jouer librement ses muliples articulations.

Certes, il paraîtra un peu vain aujourd'hui où il est si difficile de se chausser, de préconiser une abondance de paires de souliers, mais il nous semble plus utile et meilleur pour la santé d'avoir plus de chaussures et moins de robes et de manteaux que de nombreuses toilettes et une seule paire de chaussures. D'ailleurs nous ne désespérons nullement de temps meilleurs et nous pensons avant tout à l'avenir, avec la ferme conviction qu'un jour viendra où l'on pourra se procurer aisément les objets nécessaires au confort et au bien-être.

Il n'est donc pas douteux que les chaussures sont à la base de la majorité des maladies des pieds.

Il faut toutefois faire une place à part :

1°) aux affections rhumatismales, goutteuses s'accompagnant d'exostoses ou de tophi ;

2°) aux maladies congénitales ou acquises d'origine nerveuse.

Un paraplégique, un hémiplégique, un malade présentant une paralysie du sciatique poplité externe, auront de la peine à marcher et aux points d'appui et de frottement auront facilement des durillons ou des corillons, sans qu'on puisse incriminer la chaussure. On pourra conseiller à ces malades de porter des chaussures bien adaptées à leurs lésions, chaussures orthopédiques montantes le plus souvent et fabriquées par des spécialistes.

Naturellement, si la chaussure joue un très grand rôle dans la prévention des cors et des durillons, l'hygiène du pied n'est pas moins indispensable.

Et d'abord, une propreté rigoureuse qui exige des lavages quotidiens ou bi-quotidiens, des savonnages et des bains de pieds, qui, sauf de très rares exceptions, ne font de mal à personne. La température du bain est variable suivant la saison, chaud en hiver, le bain de pied froid est excellent en été car il provoque une vaso-constriction qui décongestionne les tissus. Le pied, lavé, savonné, séché sera frictionné à l'alcool et poudré au talc, s'il y a tendance à une sudation abondante. Les bas ou les chaussettes devront être aussi de qualité appropriée à la saison, la laine en hiver, le fil ou le coton en été. On n'oubliera pas non plus quelques exercices physiques tels que la marche sur la pointe des pieds, les exercices de flexions et d'extension des orteils et du pied, qui permettront aux muscles de garder leur force et leur élasticité.

Toutes ces considérations sur la chaussure et l'hygiène du pied sont hélas, très rarement suivies. Com-

bien d'affections graves auraient pu être évitées par l'observation de ces règles élémenaires d'hygiène ! C'est ce qui explique la fréquence des maladies des pieds et la nécessité d'étudier maintenant les traitements palliatifs et curatifs.

C) *Traitement palliatif.* — Deux spécialistes jouent ici un rôle capital : le pharmacien et le pédicure.

Tous ceux qui ont des cors ou des durillons ont déjà essayé un des nombreux produits plus ou moins spécialisés qui sont en général à base d'acide salicylique qui provoque la nécrose de la partie superficielle de l'hyperkératose. Un bain de pied chaud ramollit la surface du cor et permet de détacher une cupule cornée. Dans beaucoup de cas, ce procédé apporte un réel soulagement. D'ailleurs le bain chaud, en atténuant l'inflammation de la bourse séreuse est aussi utile que le corricide. Ce soulagement est temporaire ; très vite, la couche cornée prolifère, durcit, enflamme de nouveau la bourse séreuse et tout est à recommencer. Ces corricides ne sont pas tous innoffensifs. Quelquefois, ils provoquent des brûlures ou des nécroses suivies de suppuration et d'abcès de l'orteil ou de phlegmon du pied qui réclament l'intervention du chirurgien.

Lassé des corricides, le malade aux pieds douloureux va trouver le pédicure.

Nous n'avons pas à faire ici le procès des pédicures. Nous avons dit au début de ce travail ce que nous en pensions. Nous répétons qu'un pédicure consciencieux qui connaît les règles élémentaires de l'aseptie et de

la propreté, a un rôle social excellent et peut, dans l'hygiène et les soins des pieds, rendre de très grands services. Mais là se borne son rôle ; il peut, avec des instruments variés gratter l'hyperkératose et soulager le malade. Il ne peut pas guérir définitivement un cor ou un durillon. Il y a des gens qui vont tous les mois, tous les quinze jours ou même toutes les semaines, demander à leur pédicure une atténuation à leurs misères. C'est alors que certains pédicures deviennent nocifs en essayant des interventions plus délicates et pour lesquelles ils ne sont pas préparés ou bien ils donneront des conseils para-médicaux qui peuvent être dangereux ; ils prescriront une semelle plantaire quand il n'existe aucune raison anatomique pour cela, des rayons ultra-violets émis par un de leurs petits appareils ou ils décideront de faire des pointes de feu. Dans tous ces cas, les pédicures sortent de leur rôle. Ils font rarement du bien et très souvent du mal.

Enfin, il est fréquent de voir vendre de petits appareils soi-disant merveilleux pour guérir les cors et éviter les souffrances. Ces appareils en feutre, en drap, en cuir ou en caoutchouc, promettent plus qu'ils ne donnent.

Evidemment, ils peuvent agir en modifiant les points d'appui et soulager momentanément, mais rapidement, ils deviennent sales et irritent la peau, la transpiration entraîne la macération et ouvre fatalement à plus ou moins longue échéance, la porte à des infections. Aussi sommes-nous opposés à ces appareils qui n'apportent pas la guérison et méritent à peine

leur place dans l'étude du traitement palliatif des cors et des durillons.

Dans des réclames de journaux, dans des panneaux publicitaires, pharmaciens et pédicures promettent la « guérison définitive des oignons, cors, durillons, œil de perdrix et autres déformations des pieds ».

Nous ne saurions trop nous élever contre une telle pratique. Sans être aussi graves et nuisibles que les annonces qui laissent espérer la guérison du cancer ou de la tuberculose, ces procédés trompent le public, l'induisent en erreur, et l'empêchent de se soigner rationnellement et scientifiquement.

Les corricides, la pédicurie peuvent soulager et atténuer des souffrances. C'est déjà très bien. Mais ils ne peuvent faire plus et, surtout ils ne peuvent pas « *guérir définitivement* » un cor.

c) Traitement curatif. — Le traitement curatif, au contraire, apporte une guérison radicale. Encore faut-il distinguer deux procédés tout à fait différents et qui ont chacun des avantages et des inconvénients. Nous étudierons donc successivement le traitement médical et le traitement chirurgical.

1°) *Le traitement médical.*

Les bains de pieds additionnés de poudres alcalines et effervescentes ne peuvent apporter qu'un bien être passager.

Pour guérir, il faut agir non sur l'hyperkératose mais surtout sur l'inflammation de la bourse séreuse qui est plus ou moins développée selon le point considéré.

Nous avons donc appliqué à la fois *la méthode novocaïnique* et *la méthode des injections sclérosantes.*

Il y a longtemps que Leriche a montré que la cocaïne et ses dérivés ne servaient pas seulement à provoquer une anesthésie locale et transitoire. Suivant son expression, « les possibilités de la cocaïnisation sont infinies ». De même que par une injection de novocaïne on guérit certaines algies, nous avons injecté une petite quantité d'anesthésique dans une bourse séreuse douloureuse, nous avons constaté une sédation immédiate de la douleur et certains malades réclamaient une « piqûre de novo » pour pouvoir se chausser et faire leurs courses urgentes.

Mais, nous avons vite constaté que la novocaïne seule ne supprime pas radicalement le gonflement et l'inflammation de la bourse séreuse. L'arrêt des douleurs pour être assez long n'est cependant que temporaire. Nous avons alors pensé à appliquer aux bourses séreuses des cors, le même traitement qu'on applique parfois avec succès aux hygromas du coude ou du genou. Nous avons essayé la majorité des produits utilisés pour des injections sclérosantes, à des doses variables et nous nous sommes arrêtés à *la solution de chlorhydrate double de quinine et d'urée* à cinq pour cent.

Nous ne décrirons pas par le détail tous les essais plus ou moins heureux que nous avons fait de cette méthode. Voici la technique que nous employons actuellement et qui nous donne les meilleurs résultats :

On met dans une seringue un centimètre cube de la solution de novocaïne à un pour cent. Après l'asepsie

habituelle on pique assez loin de la callosité en plissant celle-ci pour la détacher, si possible, de la surface osseuse. Quand la pointe de l'aiguille est arrivée dans la bourse séreuse, on injecte la quantité suffisante pour provoquer son gonflement : suivant les cas, il faut employer un demi ou un centimètre cube de novocaïne.

Puis dans une deuxième seringue, on met un centimètre cube de la solution de chlorhydrate double de quinine et d'urée à cinq pour cent, on ajuste cette seringue à l'aiguille qui n'a pas bougé du centre de la bourse séreuse et on injecte un peu de liquide. La quantité à injecter est très variable suivant les cas. Nous recommandons à la première séance de ne pas dépasser un quart de centimètre cube de la solution.

On masse légèrement la bourse séreuse pour que le liquide pénètre partout, puis on enlève la seringue et on laisse ressortir par l'aiguille l'excès de liquide composé à ce moment d'un mélange de novocaïne et de chlorhydrate double de quinine et d'urée. Enfin on retire l'aiguille et on met sur son point de pénétration un petit leucoplast.

Avantage de cette méthode : elle est essentiellement *ambulatoire*, ne provoque aucun arrêt de travail. Dès l'injection terminée, le malade qui souffrait auparavant ne ressent plus aucune douleur. Son orteil lui semble « de bois ».

C'est une méthode *indolore :* même l'entrée de l'aiguille peut être rendue indolore par un jet de chlorure d'éthyle.

Les résultats sont, dans certains cas, surprenants : il suffit parfois d'une seule injection pour amener une guérison complète et définitive, la bourse séreuse disparaît et la pression de la callosité ne provoque plus aucune douleur.

Méthode ambulatoire, indolore et donnant dans un grand nombre de cas d'excellents résultats, voilà les principaux avantages de ce traitement des cors et des durillons.

Ce serait donc parfait s'il n'y avait des *inconvénients*.

Et d'abord, il existe une contre-indication formelle: la suppuration. Quand la bourse séreuse contient du pus ou même une sérosité louche, il faut s'abstenir de faire une injection sclérosante et novocaïnique. On peut provoquer l'extension des lésions et favoriser l'éclosion d'un phlegmon grave. Autre contre-indication : il ne faut pas que la callosité adhère à l'os comme cela se rencontre souvent. En injectant le liquide, on risquerait de faire plus de mal que de bien.

Il arrive aussi parfois, que le soir ou le lendemain d'une injection, un peu de gonflement douloureux se produise autour du cor, ce qui impressionne d'autant plus fâcheusement les malades qu'ils ne peuvent pas se chausser et sont obligés de porter des pantoufles ou des espadrilles.

C'est enfin une méthode infidèle et les réactions sont essentiellement individuelles et variables. S'il est vrai, nous y insistons, qu'une seule injection amène souvent une guérison complète, on est parfois obligé de faire deux, trois ou quatre injections (nous

ne dépassons pas cinq injections) à doses progressivement croissantes. Les injections sont faites toutes les semaines pour laisser à la réaction qui se produit le temps de s'atténuer. Si l'individu est particulièrement sensible ou la dose injectée trop forte, on peut voir survenir des phénomènes de nécrose localisée ; cette nécrose est sans gravité mais empêche le malade de se chausser avant la cicatrisation.

Pour toutes ces raisons et malgré les avantages incontestables qu'il présente, le traitement médical est inférieur, à tous les points de vue, au traitement chirurgical. S'il est vrai qu'il n'impose pas l'arrêt de travail, il n'a ni la sécurité, ni l'efficacité. C'est un traitement digne d'intérêt dans certains cas particuliers et exceptionnels, mais c'est en définitive au traitement chirurgical que l'on doit avoir recours.

2°) *Le traitement chirurgical.*

Il n'est ni dans notre intention, ni dans nos possibilités d'étudier ici le traitement chirurgical de tous les durillons, cors, corillons, bursites ou hygromas des pieds. Nous laisserons de côté les callosités qui se produisent surtout au talon et nous n'insisterons par sur l'hallux varus et l'hallux valgus.

L'hallux valgus notamment, qui, à notre avis, mériterait mieux la dénomination de « maladie de la tête du 1er métatarsien » a suscité de nombreux travaux, sans que l'on arrive à être d'accord ni sur sa pathogénie, ni sur ses origines, ni sur son traitement. Bien que cette affection s'apparente par certains côtés aux cors, l'étude de son traitement nous entraî-

nerait trop loin, nous nous bornerons donc à décrire le traitement chirurgical des durillons, des cors et des corillons ; nous ferons auparavant quelques observations préliminaires :

La chirurgie podologique n'est pas difficile, elle est seulement délicate et particulière. C'est pour ces raisons qu'elle doit être pratiquée par un spécialiste.

Certes, un chirurgien rompu aux grosses opérations abdominales, un orthopédiste habitué à des résections de la hanche ou du genou, n'aurait aucune peine à faire sauter une articulation du petit orteil. Mais cette sorte de chirurgie ne l'intéresse pas et, partant, il ne lui apportera que des soins hâtifs.

Il faut aussi que le spécialiste en podologie soit un bon chirurgien et connaisse parfaitement toutes les règles de la chirurgie générale.

Comme l'a dit Mocquot dans sa leçon d'ouverture de clinique gynécologique, « la spécialisation doit être tardive ». Le Professeur R. Moreau, dans sa récente leçon inaugurale est du même avis et il dit : « une vocation précoce assure au spécialiste plus de dextérité, mais tout le monde conviendra qu'il lui est indispensable de connaître de la médecine autre chose que sa stricte spécialité... » et plus loin « ... une spécialisation hâtive risque d'asservir le médecin à l'outil, de faire de lui un artisan, habile certes, mais aveuglé par son étroite lumière ». Donc avant de se lancer dans les opérations podologiques, des études médicales et chirurgicales sérieuses s'imposent, agir autrement c'est courir à des échecs graves et à des désillusions cuisantes.

2°) Partant de ce principe qu'il n'y a pas de petites opérations, tant au point de vue risques qu'au point de vue technique, la chirurgie des pieds nécessite les mêmes soins et les mêmes précautions que la chirurgie abdominale, par exemple :

Lavage des mains, alcool, gants, compresses, champs bien stérilisés à l'autoclave, les instruments sortant du poupinel, le champ opératoire nettoyé à l'éther, passé à l'iode ou au mercurochrome. Ce sont là des nécessités sur lesquelles il n'y a plus aujourd'hui à discuter.

L'instrumentation, outre le matériel habituel de petite chirurgie, comprend quelques pièces spéciales telles que petites aiguilles, écarteurs, rugines, pinces coupantes, pinces-gouges. On pourrait certes s'en passer, mais elles facilitent les manœuvres opératoires et contribuent à l'excellence des résultats.

3°) En chirurgie podologique, l'anesthésie locale fait merveille. Nous nous servons de la solution de novocaïne à 1/100 et nous n'injectons que 8 à 10 cc de liquide pour obtenir une anesthésie parfaite.

Mais il est fréquent de faire plusieurs opérations sur un même pied, car les lésions en podologie sont souvent symétriques. Dans ces cas là, nous préférons faire une anesthésie générale, à l'Evipan, par exemple, que nous complétons, si l'opération est longue, par des inhalations de mélange de Schleich.

4°) Enfin, nous ne saurions trop insister sur la valeur des soins pré et post-opératoires qu'on aurait trop tendance à négliger.

Comme en chirurgie, il est préférable d'opérer un

cor « à froid », quand les phénomènes inflammatoires sont éteints ou atténués. Par conséquent, si l'on n'a pas la main forcée par la présence de pus dans la bourse séreuse, on doit conseiller au malade de ne pas se chausser, se reposer le plus possible, de prendre des bains de pieds chauds, de faire des lavages alcoolisés pour être dans les meilleures conditions possibles le jour de l'opération.

Il y a même intérêt à abraser soit au rasoir, soit au bistouri, la portion dure et étalée de la callosité. D'abord on voit mieux les lésions, ensuite la cicatrisation se fera plus facilement. S'il y a une bursite suppurée, il suffit de faire sauter à la pointe du bistouri la cupule centrale de la callosité pour ouvrir la poche, donner issue au pus, soulager le malade qu'on opérera dans une deuxième période.

Une fois opéré, nous conseillons au malade de garder le lit 48 heures. Nous répétons souvent que moins le malade marche plus il favorise la guérison rapide sans aucun phénomène inflammatoire.

Au 6e jour, on enlève les fils. Il existe fréquemment à ce moment du gonflement et des zones d'insensibilité circonscrite.

Les bains, le massage, les mouvements passifs, puis actifs favorisent le retour à une circulation normale, et hâtent la guérison.

Dans certains cas d'opérations multiples, il y a une certaine réadaptation que le spécialiste devra guider. Enfin, il est fréquent qu'un appareillage soit nécessaire après une intervention importante et là encore les conseils du podologiste peuven être très utiles.

Telles sont les règles rapidement ébauchées que doivent connaître ceux qui veulent pratiquer des opérations podologiques.

Sans entrer dans des détails trop précis de technique, nous allons maintenant décrire le traitement chirurgical des durillons, des cors et des corillons.

1°) *Traitement chirurgical des durillons.*

Il est fort simple. La portion cornée superficielle ayant été préalablement enlevée, on fait une incision losangique, circonscrivant le durillon. On incise profondément, jusqu'au derme, et quand l'incision est terminée, on voit la callosité s'énucléer d'elle-même. Une fois le durillon extirpé, le deuxième temps consiste à débrider les lèvres de la plaie, retenues par des petits filets tendineux qui vont du derme à l'aponévrose plantaire. On passe avec le bistouri, sous les lèvres de la plaie dont on facilite ainsi le rapprochement. Ne pas s'inquiéter de petits vaisseaux qui saignent. Inutile de faire la moindre hémostase.

Avec une aiguille à légère courbure montée sur un porte aiguille, on fait passer un crin double à l'angle médian du losange, d'un angle à celui qui lui est opposé. On serre le crin pour affronter, l'hémostase se fait d'elle-même dès que le crin est serré. Pas de drainage. Un peu de poudre sulfamidée.

Pansement minimum : une compresse maintenue par un leucoplaste.

Bien que cette opération, faite en quelques minutes soit réduite au minimum, il est préférable de ne pas marcher au moins pendant 24 heures.

Le crin sera enlevé au bout de 8 à 12 jours suivant que la partie énuclée était plus ou moins grosse et le rapprochement des lèvres de la plaie plus ou moins difficile.

2°) *Traitement chirurgical des cors.*

Ce traitement est plus compliqué et variable suivant le siège du cor, la forme de l'orteil, etc... Pour nous limiter nous prendrons comme exemple l'opération d'un cor du IIe orteil. Incision longitudinale de 3 à 5 cm, ovalaire circonscrivant la callosité, qu'on extirpe en même temps que la bourse séreuse sous-jacente. (Nous préférons l'incision longitudinale à l'incision transversale. Nous la trouvons plus anatomique, moins traumatisante, ménageant mieux les vaisseaux et les nerfs de l'orteil). Libération au bistouri de la peau du tissu cellulaire sous-cutané qu'on maintient par 2 pinces à griffes, section du tendon extenseur au-dessus et au-dessous de l'articulation phalango-phalangienne.

Avec une petite rugine spéciale on met l'os à nu et on passe la rugine tout autour de l'articulation. Il suffit alors avec une pince de Liston de sectionner l'os d'abord en arrière puis en avant pour extirper l'articulation entière par torsion avec un petit davier de Farabeuf. L'hémostase est en général inutile ; si une artériole saigne on l'écrase avec une petite pince hémostatique.

Nous mettons toujours un petit drainage soit avec un faisceau de crins, soit avec un fragment de caoutchouc ondulé. Suture de la peau sans serrer, par 2 crins.

Les soins post-opératoires, sont aussi très simples. Repos au lit pendant 24 heures au bout desquelles on refait un pansement de propreté en enlevant le drainage. Il faut avoir soin de placer l'orteil opéré dans une sorte de hamac qu'on fait avec une compresse, pour le maintenir en bonne position. Ablation des fils le 5e jour. La marche est permise dans l'appartement avec des pantoufles larges.

Le 10e *jour*, bain chaud pour nettoyer la cicatrice et la débarrasser des petites croûtes. On commence alors des massages pour rétablir la circulation et lutter contre un léger œdème de la face dorsale du pied.

Au bout de 15 à 20 jours la cicatrice est souple, indolore et on peut alors mettre une chaussure de cuir sans ressentir la moindre gêne.

3°) *Traitement chirurgical des corillons.*

Le cas le plus typique est celui qui concerne le corillon du 1er métatarsien avec sésamoïdite.

Après avoir abrasé et bien limité la callosité on la circonscrit au bistouri par une incision losangique, faite, autant que possible, dans l'axe du pied.

Dès que l'incision est terminée, la callosité aurait tendance à s'énucléer d'elle-même si elle n'était retenue par la bourse séreuse sous-jacente. Cette bourse à parois épaisses, souvent remplie d'un liquide plus ou moins abondant, ressemble absolument à celles qu'on rencontre dans les hygromas du genou ou du coude. On note parfois des brides qui la cloisonnent en plusieurs logettes communiquant entre elles. Pour mieux l'extirper, il faut la libérer de chaque cô-

té, la peau étant bien mainenue par des pinces à griffes ou des écarteurs ; une fois que la bourse séreuse est bien enlevée, on aperçoit le sésamoïde externe, saillant, blanc, nacré, à surface irrégulière. Il est préférable d'extirper aussi le sésamoïde, toujours malade, et qui serait la cause de douleurs ultérieures.

On fait l'hémostase, on met un petit drain n° 20 et on ferme par 2 ou 3 crins qu'il est nécessaire de serrer pour fermer la perte de substance produite par l'extirpation de la callosité.

Repos au lit 48 heures, puis on refait le pansement en enlevant le drain. La marche est permise le 8e jour. Ablation des fils du 10 au 15e jour suivant les cas. Les bains chauds, le massage favorisent la résorption de l'œdème et la disparition des douleurs à la marche.

Le malade pourra se chausser et reprendre ses occupations normales du 20e au 25e jour.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Observation I.

Madame Cx... bursite subaiguë sur un cor du V[e] orteil, souffre depuis de nombreuses années et n'est plus soulagée par l'ablation de la couche cornée :

Opération — anesthésie à la novocaïne — résection de la couche cornée et de la 1[re] articulation phalango-phalangienne, 2 crins — drainage — cicatrisation rapide. La malade se chausse le 12[e] jour. Revue à plusieurs reprises, ne souffre plus.

Observation II.

Monsieur F x... au pied droit, cor du II[e] orteil, au pied gauche cors des II[e] et V[e] orteil. Ne peut plus se chausser tant cela lui est pénible. Opération, anesthésie locale. Résection des callosités et des articulations sous-jacentes. 2 crins et drainage à chaque orteil opéré.

Guérison en 23 jours. Le malade se chausse et n'a plus aucune douleur.

Observation III.

Madame R x... durillon plantaire médian du pied droit. A toujours l'impression d'aiguilles lui rentrant dans le pied. Opération après novocaïne. Extirpation du durillon. 2 crins, cicatrisation rapide, ablation des crins le 12e jour.

Observation IV.

Madame F x... durillons multiples de la face plantaire des 1ers orteils droit et gauche.

Opération après novocaïne. Extirpation des durillons, crins ; cicatrisation très rapide. La malade se chausse le 11e jour.

Observation V.

Monsieur M x... corillon du 1er métatarsien du pied gauche.

Opération après novocaïne. Extirpation de la callosité, de la bourse séreuse sous-jacente et du sésamoïde externe. 2 crins ; drain n° 20 ; fils enlevés le 7e jour ; guérison totale en 20 jours.

Observation VI.

Madame B x... Bursite aiguë sur un cor du IIe orteil. L'orteil est rouge, gonflé, douloureux. Traitement par bains chauds, pansements humides pour « refroidir » le mal, puis opération à froid à l'anesthésie locale. Résection de la callosité et de l'articulation sous-jacente. La bourse séreuse intermédiaire est aussi en-

levée. Elle contient un liquide louche assez épais. 1 crin ; drainage. La guérison est assez rapide, La malade se chausse le 22e jour.

Nous avons jugé inutile de multiplier les observations.Depuis 10 ans que nous assistons le Docteur Mossé dans ses opérations nous avons pu observer un très grand nombre de cas qui tous ont des caractères communs : anesnésie locale pour les cas simples, anesthésie générale à l'évipan pour les cas compliqués, résection osseuse, le plus souvent avec drainage de 24 heures, cicatrisation en 6 à 8 jours et possibilité de se chausser et de prendre une vie normale en 15 jours à 25 jours suivant la sensibilité du malade.

CHAPITRE VI

CONCLUSION

1°) S'il est vrai que les callosités des pieds existent depuis la plus haute antiquité, avec une fréquence inégalée, leur étude n'a jamais été entreprise de façon sérieuse et rationnelle.

2°) Hors quelques exceptions, c'est la chaussure qui est la cause initiale et essentielle de ces callosités, qui peuvent être rangées en 3 groupes :

a) *le durillon,* formation simple, hyperkératose de l'épiderme dû au frottement ;

b) *le cor,* dérivé du durillon ; formation complexe siégeant sur la face dorsale des orteils ou à leur extrémité. Formés par une callosité superficielle, une portion osseuse articulaire profonde et entre les deux une bourse séreuse ;

c) *le corillon,* intermédiaire entre le durillon et le cor, dû aussi au frottement et à la compression combinés ; formation complexe siégeant à la face plantaire de l'avant-pied, présentant une callosité superficielle et une bourse séreuse blanche, épaisse qui constitue un véritable hygoma.

3°) a) *Les traitements anciens* n'ont qu'une valeur historique.

b) *Le traitement préventif* consiste surtout dans le choix des chaussures bien adaptées, ne créant ni frottement ni compression.

c) *Le traitement* palliatif est l'apanage des pédicures, excellents auxiliaires, dont le rôle ne peut être et ne doit être que restreint et limité.

d) *Le traitement curatif pratiqué* par un spécialiste qualifié, peut être de deux sortes :

a) *médical* ambulatoire, donne de beaux succès mais est infidèle ;

b) *chirurgical*, c'est le traitement de choix qui donne des résultats constants et toujours excellents.

Vu : le Doyen de la Faculté,
L. BINET.

Vu : le Président de thèse,
LEVEUF.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris
Le Vice-Président du Conseil de l'Université de Paris.
CHOLLEY

BIBLIOGRAPHIE

ADAMS, EDWARD (M. D.). — Surgery, with spécial reference to podiatry, New-York : *Int. Journal of surgery co,* 1932, 2e Edition.

ALIBERT. — Monographie des Dermatoses, 1832, T II, page 184.

BEAUMES de Lyon (1892) — Nouvelle dermatologie T 2, p. 365. La déformation du pied causé par les chaussures. *Progrès Médical,* 1877.

BERLIOZ. — Manuel pratique des maladies de la peau, 1897, p. 96.

BRANDENBURG. — Corn plaster (Pat. spéc.) N 1026786, May 21, 1912.

BROCQ. — Traité. Tome II, page 709.

BURNIER. — Nouvelle pratique dermatologique. Tome VIII, p. 317.

CAMPER. — Dissertation sur la meilleure forme des souliers, traduit du hollandais, 1791.

CHASE. — Pathology of Clavus-Boston. M. and *S. J.,* 1916, CLXXV, 134-136.

CHASSAIGNE. — Quelques difformités des orteils déterminées par les chaussures. *Bulletin de la Société de Clirurgie,* 1853.

DARIER. — Précis de Dermatologie, 1928, p. 624.

DUBREILLE. — 1989. Congrès International de Dermatologie de Londres, 1900. Pratique dermatologique T I, p. 636.

EDDOWES. — Boots and the treatment of corns and planter warts, *Méd. Magazine*, Lond., 1909, XVIII, 147-152.

FABREGAT (A). — Etudes sur le cor. *Thèse de Toulouse*, 1909, 64 pages.

FERNEL (G.). — Matière médicale. Propriétés des plantes et autres remèdes. Lyon, 1597.

FONTAINE. — Corn and bunion scorn. Pat. spéc. w. B 10183, July 15, 1919.

FREELAND (H.). — Some Observations on the pathology and treatment of Corns. Edimbourg, M. S., 1901.

FRIPP (A. T.) and CONNEL (M. C.). — Corns and callosités, Thère diagnostic value and treatment. *Lancet*, 2, 699, 701, Sept. 29, 1934.

GOUGEROT. — La dermatologie en clientèle. Traitement des cors.

HENTZ. — Composition for removing corns. Pat. spéc. N 304729, September 9, 1884.

HOHMANN (G.). — Fuss und Bein. Munich, 1939, p. 339.

JONES (Sir Robert) et LOVET, ROBERT (W.) (M. D.). — Orthopédic Surgery, New-York : William Wood and Co, 1929, 2 nd. Edition.

La Forest. — L'art de soigner les pieds contenant un traité sur les cors, verrues, durillons, oignons, engelures, les accidents des ongles et leurs déformations, un chapitre sur la manière de soigner les pieds des soldats en garnison et en mouvement, 1788.

Lake (N. C.). — Le problème de la chaussure. Practitionner, 1946, 156, n° 832--81-87.

Léger. — Essai sur les difformités des orteils. *Thèse de Paris,* 1869.

Lewi, Maurice J. (MD.). — The Text book of Chiropody. New-York : The school of Chiropody of New-York, 1914.

Leloir et Vidal. — Traité descriptif des maladies de la peau.

Lorry (Charles). — Tractatus de mortis cutaneus, p. 668, 1777.

Mayer (J.). — Notes sur le cor au pied. *Journal de Médecine et de chirurgie pratique* du 10 février 1936.

Maine (W. L.) (M. D.) and Folson (S. A.), (M. D.). — A manuel on Foot care and shoe fitting for officers of the U. S. Navy and U. S. Marine Corps, Philadelphie : P. Blakiston's son and Co, 1920.

Manwaring (J. C. R.). — Corns, hammertoes and bunions, July 1930.

Millian (G.). — Le cor. Nouvelle pratique Dermatologique, T. IV, p. 759.

Moreau Professeur (R.). — Leçon inaugurale, Mai 1947.

NUT (J. J.) (M. D.). — Disease and deformities of the foot, New-York. E. B. Treat and Co, 1913.

OBERKOPF (R.) — Histologie und Histogenèse des Clawus. croh für dermat. und Σ, 163-283-294, 1931.

PALMER. — Corns. *Clin. J.*, London, 1909, XXVIII, 284-288.

PARÉ (Ambroise). — Claïus. Livre VI, chap. XXIII, p. 176. Pierre Rigaud, Lyon, 1652.

PRUST. — Permanent cure by injection of anesthétic, 1927.

RAVAUT. — Nouvelle pratique dermatologique, T. VIII, p. 674.

ROTH. — The Treatment of corns. *Lancet*, London, 1915.

ROUSSELET. — Nouvelles observations sur le traitement des cors, 1762.
Toilette des pieds ou Traité de la guérison des cors, verrues et autres maladies de la peau, 1769.

RUNTING. — Treatment of corns. *Lancet*, January I, 1927.

SCLARIEN. — Histologie du cor. orch für dermat und Σ. 1907, Tome 85.

SINGER (A.) et MOORE (A. M. A.). — Petite chirurgie du pied. *Practitionner*, 1946, 156, n° 932, 96-103.

STERN (M.) (M. D.) and ADAMS (E.) (M. D.). — Surgery with special reference to podiatry. New-York. *The school of chiropody of* New-York, 1917, 1 St Edition.

SCHOLL. — Felt pad. Path. spéc. N. 1382678, June 28, 1921.

TURNER. — Traité des maladies de la peau, Art. 2, Chap. 5.

WILSON. — Corn pad. Path. spéc. N. 138272, Nov. 9, 1920.

WITHFIELD. — On development of callosités, corns and warts, December 1932.

WITHMAN (M. D.). — A treaty on Othopaedic surgery, Philadelphie. Lea and Febiger, 1930, 9 th Edition (revised).

WALLET (A.). — 1933, Atlas de technique chirurgicale des affections de l'avant-pied.

Le François, Paris C. O. L. 150217. Dépôt légal 1er trimestre 1948, nº 63
L'Imprimerie de l'Anjou — Angers — Dépôt légal 1er trimestre 1948, nº105